

# Tribunal de Familia de Rhode Island Clínica de Salud Mental – Cuestionario de inscripción.

**\*POR FAVOR, TOME NOTA DE QUE TODAS LAS PREGUNTAS SE REFIEREN A SU HIJO\***

## **1. Datos demográficos**

Nombre y apellido del joven: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido de la madre/padre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

**Grupo étnico:** Caucásico (no hispano) Afro-americano Indígena Indígena de Alaska  
Asiático/Pacífico Hispano: mexicano Hispano: puertorriqueño Hispano: cubano  
Hispano: dominicano Hispano: otro Otro

Seguro médico: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Persona que llena la encuesta: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

¿Quién es el tutor legal del joven arriba mencionado? \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia física de dicho joven? \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

¿Quién es la persona que tiene la autoridad legal para tomar decisiones por este joven? \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

**2. Historial de tratamiento: escriba todos los proveedores de tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias.**

(Abuso de sustancias, salud mental, mediación, servicios psiquiátricos, psicológicos, neurológicos y servicios de tratamiento para pacientes internos y externos).

Agencia: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Fechas del servicio: \_\_\_\_\_ Terapeuta: \_\_\_\_\_

Razón de los servicios: \_\_\_\_\_

Diagnos (de haber habido alguno): \_\_\_\_\_

Medicamentos psiquiátricos: \_\_\_\_\_ ¿Fueron eficaces? Sí No (Indique)

Agencia: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Fechas del servicio: \_\_\_\_\_ Terapeuta: \_\_\_\_\_

Razón de los servicios: \_\_\_\_\_

Diagnos (de haber habido alguno): \_\_\_\_\_

Medicamentos psiquiátricos: \_\_\_\_\_ ¿Fueron eficaces? Sí No (Indique)

Agencia: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Fechas del servicio: \_\_\_\_\_ Terapeuta: \_\_\_\_\_

Razón de los servicios: \_\_\_\_\_

Diagnos (de haber habido alguno): \_\_\_\_\_

Medicamentos psiquiátricos: \_\_\_\_\_ ¿Fueron eficaces? Sí No (Indique)

Agencia: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Fechas del servicio: \_\_\_\_\_ Terapeuta: \_\_\_\_\_

Razón de los servicios: \_\_\_\_\_

Diagnos (de haber habido alguno): \_\_\_\_\_

Medicamentos psiquiátricos: \_\_\_\_\_ ¿Fueron eficaces? Sí No (Indique)

***(Encierre su respuesta en un círculo) ¿Ha estado su hijo hospitalizado por razones psiquiátricas? SÍ o NO  
Si su respuesta es afirmativa, por favor provea la información siguiente:***

<b><i>FECHA(S)</i></b>	<b><i>HOSPITAL</i></b>	<b><i>RAZÓN</i></b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Le recetaron algún medicamento a su hijo a raíz de la hospitalización? Sí o No  
Si su respuesta es afirmativa, por favor indique los nombres de los medicamentos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha sido enviado a otros hogares? (Por ejemplo: hogares para grupos, residenciales para jóvenes, refugios)

**POR FAVOR INDIQUE SU RESPUESTA: SÍ o NO**

Si su respuesta es afirmativa, por favor indique las fechas y los lugares:

<b>Fecha(s)</b>	<b>Lugar</b>	<b>Razón</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**PARA LAS SIGUIENTES DOS PREGUNTAS, POR FAVOR INDIQUE SU RESPUESTA: SÍ o NO**

¿Es esta la primera infracción legal de su hijo? **Sí o No**

Si la respuesta es negativa, ¿Cuántas infracciones legales ha tenido su hijo? \_\_\_\_\_

¿Ha estado encarcelado su hijo alguna vez? **Sí o No**

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**3. Información de los padres de familia/guardián y hermanos:**

**Si es importante, POR FAVOR INCLUYA LA INFORMACIÓN DE AMBOS PADRES O LA DEL GUARDIÁN.**

Padre/guardián 1: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Tiene contacto con el joven mencionado anteriormente? **Sí o No**

¿Vive con el joven mencionado anteriormente? **Sí o No**

Si la respuesta es afirmativa, ¿quiénes viven en el hogar? Indique nombre(s), edad(es) y parentesco(s).

<b><i>Nombre</i></b>	<b><i>Edad</i></b>	<b><i>Parentesco</i></b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Padre/guardián 2: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Tiene contacto con el joven mencionado anteriormente? **Sí o No**

¿Vive con el joven mencionado anteriormente? **Sí o No**

Si la respuesta es afirmativa, ¿quiénes viven en el hogar? Indique nombre(s), edad(es) y parentesco(s).

<b><i>Nombre</i></b>	<b><i>Edad</i></b>	<b><i>Parentesco</i></b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Hay otros hermanos quienes vivan actualmente en otros hogares? Sí o No

Si la respuesta es afirmativa, por favor indique los nombres, edades y la dirección en donde viven actualmente.

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Dirección en donde viven actualmente</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**4. Preocupaciones que se presentan:**

<b>a) ¿Cuál es la dificultad más grande en el comportamiento de su hijo? (Por ejemplo: obedecer reglas, es verbalmente abusivo, cambios de carácter) EXPLIQUE</b>	a) _____ _____ _____ _____
<b>b) Por favor describa el tipo de relación que tiene con su hijo. (Por ejemplo, ¿discuten mucho?) EXPLIQUE</b>	b) _____ _____ _____ _____
<b>c) ¿Tienen los compañeros de su hijo un impacto positivo/negativo en su vida? EXPLIQUE</b>	c) _____ _____ _____ _____
<b>d) Algunas otras preocupaciones:</b>	d) _____ _____ _____ _____

**5. Información académica:**

Asiste a escuela pública/privada: \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela Ciudad/Pueblo Grado

GED/Programa académico alterno: \_\_\_\_\_  
Lugar Fechas y horas

Asesor académico: \_\_\_\_\_ ¿Ha repetido el grado? Sí o No

¿Qué grado(s)? \_\_\_\_\_

¿Recibe su hijo servicios de educación especial? Sí o No

¿IEP/Plan 504? Sí o No

Si la respuesta es afirmativa, el plan que formularon se tomó en base a qué diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



A continuación se presenta un listado breve de comportamientos que pudieran referirse a su hijo. Por favor, complete este formulario según lo que USTED como padre/madre observa o nota en el comportamiento de su hijo.

**ENCUESTA PARA LOS PADRES**  
**Comportamiento/ Emociones**

Por favor indique **todos y cada uno** de los siguientes comportamientos que son usuales en su hijo:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cariñoso.                 | <input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente.        | <input type="checkbox"/> Triste.                      |
| <input type="checkbox"/> Agresivo.                 | <input type="checkbox"/> Hace apuestas.                | <input type="checkbox"/> Egoísta.                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el alcohol. | <input type="checkbox"/> Generoso.                     | <input type="checkbox"/> Ansiedad al separarse.       |
| <input type="checkbox"/> Enojado.                  | <input type="checkbox"/> Alucinaciones.                | <input type="checkbox"/> Comienza incendios.          |
| <input type="checkbox"/> Ansioso.                  | <input type="checkbox"/> Se golpea la cabeza.          | <input type="checkbox"/> Adicto al sexo.              |
| <input type="checkbox"/> Apegada a muñecas.        | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos.          | <input type="checkbox"/> Se expresa de manera sexual. |
| <input type="checkbox"/> Evade a los adultos.      | <input type="checkbox"/> Desconsolado.                 | <input type="checkbox"/> Comparte.                    |
| <input type="checkbox"/> Se orina en la cama.      | <input type="checkbox"/> Maltrata animales.            | <input type="checkbox"/> Se enferma a menudo.         |
| <input type="checkbox"/> Parpadeo, tic nervioso    | <input type="checkbox"/> Amigos imaginarios.           | <input type="checkbox"/> Se le dificulta enfocarse.   |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento extraño.   | <input type="checkbox"/> Impulsivo.                    | <input type="checkbox"/> Tímido.                      |
| <input type="checkbox"/> Amedrenta, amenaza.       | <input type="checkbox"/> Irritable.                    | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir.       |
| <input type="checkbox"/> Despreocupado.            | <input type="checkbox"/> Haragán.                      | <input type="checkbox"/> Es lento.                    |
| <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho.      | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje.     | <input type="checkbox"/> Defeca en la ropa.           |
| <input type="checkbox"/> Torpe.                    | <input type="checkbox"/> Miente con frecuencia.        | <input type="checkbox"/> Problemas del habla.         |
| <input type="checkbox"/> Seguro de sí mismo.       | <input type="checkbox"/> Escucha y piensa al respecto. | <input type="checkbox"/> Roba.                        |
| <input type="checkbox"/> Cooperativo.              | <input type="checkbox"/> Solitario.                    | <input type="checkbox"/> Dolores estomacales.         |
| <input type="checkbox"/> Adicto a la computadora.  | <input type="checkbox"/> Baja autoestima.              | <input type="checkbox"/> Amenaza con suicidio.        |
| <input type="checkbox"/> Rebelde.                  | <input type="checkbox"/> Desordenado.                  | <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio.        |
| <input type="checkbox"/> Depresivo.                | <input type="checkbox"/> Cambios de carácter.          | <input type="checkbox"/> Contesta mal.                |
| <input type="checkbox"/> Destructivo.              | <input type="checkbox"/> Pesadillas.                   | <input type="checkbox"/> Rechina los dientes.         |
| <input type="checkbox"/> Se le dificulta hablar.   | <input type="checkbox"/> Obediente.                    | <input type="checkbox"/> Se chupa el dedo.            |
| <input type="checkbox"/> Mareos.                   | <input type="checkbox"/> Se enferma mucho.             | <input type="checkbox"/> Tic o espasmos.              |
| <input type="checkbox"/> Adicto a narcóticos.      | <input type="checkbox"/> Contradice.                   | <input type="checkbox"/> Comportamiento peligroso.    |
| <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio.    | <input type="checkbox"/> Hiperactivo.                  | <input type="checkbox"/> Pensamientos inusuales.      |
| <input type="checkbox"/> Entusiasta                | <input type="checkbox"/> Pasado de peso.               | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso.             |
| <input type="checkbox"/> Se masturba en exceso.    | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico.            | <input type="checkbox"/> Retraído.                    |
| <input type="checkbox"/> Cree que va a fracasar.   | <input type="checkbox"/> Fobias.                       | <input type="checkbox"/> Se preocupa demasiado.       |
| <input type="checkbox"/> Cansado todo el tiempo.   | <input type="checkbox"/> Poco apetito.                 | <input type="checkbox"/> Otros: _____                 |
| <input type="checkbox"/> Miedoso.                  | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos.      | _____   |
| <input type="checkbox"/> Lesiones frecuentes.      | <input type="checkbox"/> Discute.                      | _____   |

Favor de llenar **las 3 páginas completas (ambos lados) del cuestionario** y llevarlo a la cita de evaluación de su hijo. El personal de la Clínica de Salud Mental le llamará para recordarle de su cita una semana antes de tal evaluación. Si hay algo que deseara preguntar, por favor llame a la Clínica de Salud Mental al 458-5030.